

Esquizofrenia paranoide. Presentación de caso

Autores: Dianelys González Pérez.*

Roberto Díaz de Marcos.**

Rocío Hernández Núñez. ***

***Estudiante de 6to año de Medicina. Alumno Ayudante de Pediatría.**

**** Estudiante de 6to año de Medicina. Alumna Ayudante de Cardiología.**

***** Estudiante de 6to año de Medicina. Alumna Ayudante de Cuidados Intensivos**

Tutores: Laura Alvaré Alvaré****

Martha Melo Vítores ****

******Profesora Auxiliar. Especialista en 2do Grado en Pediatría.**

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas ISCMH Facultad "Victoria de Girón". Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. (CIMEQ)

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como el "cáncer de la psiquiatría". Se impone como un gran reto social debido a su incidencia, su potencial en cronicidad y severidad, así como las consecuencias que implica para la familia y la sociedad en general. La alta prevalencia de la enfermedad, de 1/100 habitantes, independientemente de las características sociales o económicas de los diferentes países, hace de esta un factor de gran impacto por su gran repercusión humana, económica y social, pues afecta al ser humano en la etapa más productiva de la vida. En el 75 % de los casos los primeros síntomas de la enfermedad aparecen entre los 16 y 25 años de edad. Por el grado de incapacidad que produce se afectan los estudios, la vida social y laboral.

Generalmente los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.¹ Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.² Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el

pensamiento con eco, la difusión, inserción, o el robo del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control; de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten del paciente en tercera persona, además de síntomas de negativismo.³

La esquizofrenia afecta no solo al individuo que la padece sino a su medio ambiente familiar, incapacitando a su vez al familiar cuidador, el que de por vida tiene que dedicarse a la atención del enfermo, especialmente durante las etapas de crisis. En el 50 % de los casos se hace necesaria la hospitalización del paciente, el cual evoluciona en forma crónica con un deterioro progresivo de todas sus capacidades, lo que provoca un elevado costo directo por la atención médica y paramédica, e indirecto por lo que dejan de producir pacientes y familiares cuidadores, más un costo intangible relacionado con el sufrimiento que produce en el paciente, en familiares, amigos y en la sociedad en general.⁴

Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia y de los trastornos esquizofreniformes son diversas y pueden cambiar a lo largo del tiempo, debido a su gran variedad. Se plantea que conocer la esquizofrenia es conocer la psiquiatría.⁵ Mientras muchos síntomas son obvios, como las alucinaciones, otros son relativamente sutiles, como el aplanamiento afectivo o la incongruencia, y pueden pasar desapercibidos para un observador poco versado.⁶

Se han desarrollado varios métodos para describir y clasificar los múltiples síntomas de la esquizofrenia. Tradicionalmente se ha considerado un tipo de “psicosis”, pero la definición de psicosis resulta vaga. Las definiciones anteriores hacían hincapié en la experiencia psicológica subjetiva e interna y definían la psicosis como un “deterioro en la prueba de realidad”. Recientemente, la psicosis se ha definido objetiva y operacionalmente como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes.⁷

Dado que la esquizofrenia se caracteriza por tantos tipos de síntomas diferentes, los clínicos y los científicos han tratado de simplificar la descripción del cuadro clínico dividiendo los síntomas en subgrupos. La subdivisión más utilizada clasifica los síntomas en positivos y en negativos.⁸

Los síntomas positivos, que incluyen las alucinaciones, las ideas delirantes, un notable trastorno formal positivo del pensamiento (puesto de manifiesto por una considerable

incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad o falta de lógica) y un comportamiento extravagante o desorganizado reflejan una distorsión o exageración de funciones que están normalmente presentes. Por ejemplo, las alucinaciones son una distorsión o exageración de la función de los sistemas perceptuales del cerebro: la persona experimenta una percepción en ausencia de un estímulo externo.

Los síntomas negativos suponen una deficiencia en la actividad mental que normalmente está presente. Por ejemplo, algunos pacientes muestran alogia (es decir, una notable pobreza de lenguaje o del contenido del lenguaje). Otros presentan aplanamiento afectivo, anhedonia/asocialidad (incapacidad de experimentar placer, pocos contactos sociales), abulia/apatía (anergia, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela) y deterioro atencional. Estos síntomas negativos o deficitarios no sólo son complicados de tratar y responden menos a los fármacos neurolépticos, en comparación con los síntomas positivos, sino que son más destructivos porque dejan al paciente inerte y desmotivado. Es posible que el paciente esquizofrénico con notables síntomas negativos mejore su ejecución bajo supervisión, pero no puede mantenerla cuando esta deja de prestarse.⁹

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 10ma ed., Capítulo V referido a los trastornos mentales se clasifica fundamentalmente en: Esquizofrenia paranoide.

- Esquizofrenia heberfrénica.
- Esquizofrenia catatónica.
- Esquizofrenia indiferenciada.
- Esquizofrenia simple.
- Esquizofrenia residual.
- Otra esquizofrenia.¹⁰

Esquizofrenia sin especificación.

Esquizofrenia paranoide: es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo donde predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente

poco notoria.¹¹

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan. El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira, y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrenia y catatónica.¹²

A pesar del deterioro significativo a que lleva la enfermedad, es muy importante además del tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo, la rehabilitación psicosocial del paciente, la convivencia social, el mantenerse vinculado laboralmente, integrado como ser bio-psico-social a pesar de su condición, pues el rechazo, la desocupación, la carencia de redes de apoyo sólidas, son factores de riesgo que favorecen la aparición de descompensaciones, así como la tendencia a optar por conductas adictivas, u otras perjudiciales para el individuo mantenerse compensado. La familia y la sociedad juegan un papel fundamental en esto, y es importante la psicoeducación colectiva que sin dudas contribuirá al bienestar y a la salud de las personas que padecen esta enfermedad.¹³

En este trabajo se muestra a través del estudio de un caso ingresado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana las principales afectaciones de esta enfermedad.

Presentación del Caso

Anamnesis

Paciente: LMH

No de HC: 030507

Fecha de Nacimiento: 07/05/03

Sexo: Masculino Color

de piel: Blanco Estado

Civil: Soltero Ocupación:

Desocupado

Dirección Particular: Ave 57 % 214 y 216, La Lisa, La Habana.

Teléfono: -

Fecha de Ingreso: 19/10/19. 8:35 pm

Fecha de Egreso: 10/11/19. 10:00 am

Impresión Diagnóstica: Esquizofrenia Paranoide.

Hospital Psiquiátrico de La Habana. Sección Masculina. Cama 20.

Motivo de Ingreso: Me trajeron.

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 16 años de edad producto de un parto eutócico, institucional, en el cual no hubo ninguna alteración prenatal, perinatal o postnatal. Su desarrollo psicomotor transcurrió sin alteraciones. Vive solo con su madre y padrastro, su padre reside en el exterior. No asistió al Círculo Infantil ya que su madrina lo cuidaba en el hogar. Durante la enseñanza primaria tuvo buenas relaciones con sus compañeros y profesores, refiere que tuvo un buen rendimiento académico “me gustaba estudiar y atender a las clases”. A los 12 años comienza la enseñanza secundaria, la cual

termino sin repetir ningún grado, pero refiere que no estudiaba igual que antes; tuvo varios episodios de fuga de la escuela, salidas frecuentes a discotecas y comenzó a consumir alcohol y cigarrillos (1 caja diaria) a los 14 años. Continúa sus estudios hasta el 10mo grado porque “era bruto y no estaba para eso”. Su primera relación sexual fue a los 15 años y refiere ser satisfactoria, luego comenzó a tener varias parejas de corto tiempo de duración. Comienza a trabajar a los 16 años como ayudante de albañil cargando sacos de cemento, pero lo dejó a los 2 meses porque refiere que no le hacía falta trabajar y se puso a ayudar a la madre con los mandados hasta el día de hoy. El paciente no se relaciona con sus vecinos porque “no son de mi edad y no tienen mis mismos gustos”. Hace 3 meses ocurrió una pelea doméstica en su hogar en la que “mi padrastro trató de matar a mi mamá”, en la cual el interviene en su defensa. A partir de este evento comienza a hacer cosas que para él no son normales, ya que “el televisor habla mal de mí, el pensamiento me da órdenes dentro de la cabeza y la cama me habla”. Por todo esto comienza a sentirse ansioso e intranquilo, se despierta en múltiples ocasiones durante la madrugada, trayendo como resultado todo esto un aumento de la cantidad diaria de cigarrillos (3 cajas diarias). La madre preocupada por los síntomas de su hijo llama al SIUM y lo trasladan al Hospital Psiquiátrico de La Habana, donde se ingresa para su estudio y tratamiento.

Antecedentes Patológicos Personales: Hidrocele (+- 14 años)

Alergias: NR

Transfusiones: NR

Traumatismos: NR

Operaciones: Hidrocele (+- 14 años)

Hábitos tóxicos: Tabaco (3 cajas diarias)

Antecedentes Patológicos Familiares: Abuelo materno (fallecido por Cáncer de Próstata)

Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

Aparato Respiratorio: No refiere disnea, tos, expectoración, hemoptisis, vómica, cianosis, dolor.

Aparato Cardiovascular: No refiere dolor, vértigo, edema, cefalea, tos, acroparestesias, lipotimias, epistaxis, disnea, palpitaciones.

Aparato Digestivo: No refiere disfagia, pirosis, acidez, cólicos, náuseas, vómitos, odontalgia, hematemesis, melena, enterorragia, intolerancia alimenticia, diarreas, tenesmo rectal, constipación, ictericia, hemorroides.

Aparato genito-urinario.

Renal: No refiere dolor lumbar, ardor al miccionar, retención de orina, dolor en hipogastrio, polaquiuria, nicturia, disuria, modificaciones del chorro, micción imperiosa, incontinencia urinaria, hematuria, expulsión de cálculos o arenillas.

Genital masculino: Refiere alteración en el desarrollo de los órganos sexuales externos. No refiere alteraciones de erección, eyaculación (precoz, dolorosa, hemospermia), secreción uretral, dolor testicular.

Hemolinfopoyético: No refiere adenopatías, aumento de volumen de bazo, púrpura, fragilidad capilar, equimosis, petequias.

Sistema Nervioso: Refiere alteraciones de la personalidad y de los sentidos. No refiere cefalea, vómitos, traumas craneales, convulsiones, alteraciones motoras.

Otros datos: Refiere astenia, anorexia, fiebre de hasta 39°C acompañada de escalofríos, que cedía ligeramente con antipiréticos. No refiere pérdida de peso, sangramientos.

Examen Físico

Examen Físico General: Paciente longilíneo que ambula libremente, con marcha erguida, balanceo de los brazos, pasos firmes, que adopta en el lecho un decúbito activo indiferente, cuya facies es compuesta e inteligente. Piel de coloración normal, húmeda, gruesa, no se observan lesiones elementales. Mucosas húmedas y normocoloreadas. Sistema piloso de adecuada distribución, implantación, resistencia. Uñas con forma, aspecto, resistencia, crecimiento y color normal. Tejido celular subcutáneo no infiltrado. Panículo

adiposo normal. Huesos con forma y trofismo normales. Músculos con sensibilidad y trofismo sin alteraciones. Articulaciones con forma, tamaño y movimientos conservados.

Peso: 79 kg Talla: 1,86 m IMC: 21,2 kg/m²
(normal)

Examen Físico Regional:

Cabeza: posición erecta, movimientos pasivos, activos conservados.

Cráneo: sin alteraciones.

Cara: surcos, forma y trofismo normales. Frente, mejilla y mentón sin alteraciones.

Ojos y anexos: ojos pardos, párpados, cejas y pestañas sin alteraciones.

Nariz: aspecto, forma, tamaño, posición, tabique y cornetes de aspecto normal.

Orejas: tamaño y forma normales. Conducto auditivo externo no alterado.

Cuello: delgado, largo, posición central, movilidad en todas direcciones, latido carotídeo presente. No se aprecian adenopatías.

Tórax: no se aprecian alteraciones.

Mamas: en No. de 2, tamaño y forma adecuados, no tumoraciones ni alteraciones de la piel.

Abdomen: Sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos. Ruidos hidroaéreos positivos. Suave, depresible, no doloroso. Sonoridad normal.

Columna vertebral: lordosis cervical y lumbar, cifosis dorsal, no alteraciones en el plano sagital. Movilidad conservada. Maniobras de sensibilidad dolorosa negativas.

Extremidades superiores: Simétricas. Brazo y antebrazo con forma, posición, trofismo óseo y muscular conservado. Mano con forma, tamaño y color adecuados, movimientos conservados, trofismo y humedad sin alteraciones. Dedos con forma y coloración normales, movilidad activa y pasiva conservada. Articulaciones con forma, tamaño, color y movimientos activos y pasivos normales.

Extremidades inferiores: Simétricas. Muslo y pierna con forma, tamaño, trefismo muscular y óseo conservado. Pie con forma, tamaño, color y movimientos sin alteraciones, movimientos conservados, trefismo y humedad normales. Dedos con forma y coloración adecuadas, movilidad activa y pasiva conservada. Articulaciones con forma, tamaño, color y movimientos activos y pasivos normales.

Aparato Respiratorio: FR 21x min. Tipo respiratorio abdominal, no tiraje, no aleteo nasal, no cianosis. Expansibilidad torácica normal, vibraciones vocales conservadas. Sonoridad pulmonar normal. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.

Aparato Cardiovascular: Latido de la punta visible, palpable hacia el 5to espacio intercostal izquierdo, a nivel de línea media clavicular, no se aprecian abombamientos, depresiones, frémito. Área de matidez cardiaca dentro de límites normales. Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos.

Sistema Vascular Periférico

Sistema Arterial: Pulsos periféricos presentes, rítmicos y sincrónicos, no soplo carotídeo. TA 110-70 mmHg, FC 74x min.

Sistema venoso: No presencia de edema, várices ni microvárices.

Aparato Digestivo: Boca con forma, volumen y coloración normal, no se aprecian lesiones. Comisuras labiales simétricas, no lesiones aparentes. Lengua húmeda, de coloración normal, no presencia de lesiones. Encías de coloración rojiza. Destrucción de la corona de varios dientes. Paladar duro y blando de aspecto normal, no se aprecian lesiones. Velo del paladar, úvula y amígdalas sin alteraciones aparentes. Borde superior hepático ubicado en 6to espacio intercostal derecho, borde inferior que no rebasa el reborde costal.

Aparato Genito-Urinario: Fosas lumbares y flancos sin alteraciones aparentes, genitales externos no alterados. Riñones no palpables ni peloteables. Maniobra de puño-percusión no dolorosa. No se auscultan soplos.

Sistema Hemolinfopoyético: Área esplénica dentro de límites normales, no impresiona esplenomegalia. Se aprecian adenopatías submaxilares bilaterales, dolorosas a la palpación.

Sistema Nervioso: Paciente diestro, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente. Memoria de fijación y evocación conservada. Facies no característica de proceso patológico. Marcha sin alteraciones. Tono y trofismo muscular conservado. No signos meníngeos. Sensibilidad superficial y profunda conservada. Taxia y praxia sin alteraciones. Pares craneales no afectados.

Examen Psiquiátrico

Función de Síntesis e Integración:

- Conciencia: Sin alteraciones.
- Orientación: Sin alteraciones.
- Memoria: Sin alteraciones.
- Atención: Hipervigilancia (se encuentra ansioso, intranquilo, no establece contacto visual con interrogadores)

Funciones de Relación:

- Consigo mismo: presenta insatisfacción personal.
- Con los demás: es retraído, tímido y callado.
- Con las cosas: Tiene afectado los ámbitos escolar y laboral.

Nivel intelectual: Normal.

Esfera Cognoscitiva:

- Sensaciones: sin alteraciones.
- Percepciones:
 - ✓ Alucinaciones auditivas (la cama y el televisor le hablan)
 - ✓ Pseudoalucinaciones (el pensamiento le da órdenes)
- Pensamiento:
 - ✓ curso: sin alteraciones.
 - ✓ origen: sin alteraciones.

- ✓ contenido: idea delirante de referencia (el televisor habla mal de él); idea delirante de influencia (el pensamiento le da órdenes dentro de la cabeza)

Esfera Afectiva:

- Cuantitativa: sin alteraciones.
- Cualitativa: se muestra desconfiado y ansioso (fuma para calmar la ansiedad)

Esfera Conativa:

- Fase implícita: sin alteraciones.
- Fase explícita:
 - ✓ Hipercinesia (intranquilidad)
 - ✓ Hábitos de sueño (insomnio matutino)
 - ✓ Funciones de relación: retraimiento social.

Discusión Diagnóstica

Motivo de Ingreso: Me trajeron.

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 16 años de edad producto de un parto eutócico, institucional, en el cual no hubo ninguna alteración prenatal, perinatal o postnatal. Su desarrollo psicomotor transcurrió sin alteraciones. Vive solo con su madre y padrastro, su padre reside en el exterior. No asistió al Círculo Infantil ya que su madrina lo cuidaba en el hogar. Durante la enseñanza primaria tuvo buenas relaciones con sus compañeros y profesores, refiere que tuvo un buen rendimiento académico “me gustaba estudiar y atender a las clases”. A los 12 años comienza la enseñanza secundaria, la cual termino sin repetir ningún grado, pero refiere que no estudiaba igual que antes; tuvo varios episodios de fuga de la escuela, salidas frecuentes a discotecas y comenzó a consumir alcohol y cigarrillos (1 caja diaria) a los 14 años. Continúa sus estudios hasta el 10mo grado porque “era bruto y no estaba para eso”. Su primera relación sexual fue a los 15 años y refiere ser satisfactoria, luego comenzó a tener varias parejas de corto tiempo de duración. Comienza a trabajar a los 16 años como ayudante de albañil cargando sacos de cemento, pero lo dejó a los 2 meses porque refiere que no le hacía falta trabajar y se puso a ayudar a la madre con los mandados hasta el día de hoy. El paciente no se relaciona con sus vecinos porque “no son de mi edad y no tienen mis mismos gustos”. Hace 3 meses ocurrió una pelea doméstica en su hogar en la que “mi padrastro trató de matar a mi mamá”, en la cual el

interviene en su defensa. A partir de este evento comienza a hacer cosas que para él no son normales, ya que “el televisor habla mal de mi, el pensamiento me da órdenes dentro de la cabeza y la cama me habla”. Por todo esto comienza a sentirse ansioso e intranquilo, se despierta en múltiples ocasiones durante la madrugada, trayendo como resultado todo esto un aumento de la cantidad diaria de cigarrillos (3 cajas diarias). La madre preocupada por los síntomas de su hijo llama al SIUM y lo trasladan al Hospital Psiquiátrico de La Habana, donde se ingresa para su estudio y tratamiento.

Planteamiento Sindrómico:

- Síndrome Delirante Paranoide: se plantea porque le paciente presenta más de una idea delirante, que es irreductible por la lógica.
- Síndrome de Dependencia al Tabaco: el paciente cumple con los criterios de dependencia a esta sustancia.

Diagnóstico Diferencial Sindrómico:

- Síndrome Delirante Paranoico: se descarta por no ser un solo delirio sistematizado y solitario.
- Síndrome de Automatismo Psíquico: se descarta ya que a pesar de presentar pseudoalucinaciones y delirio de influencia, no completa la triada al no presentar despersonalización.
- Síndrome de Dependencia al Alcohol: se descarta ya que no cumple con los criterios de dependencia al alcohol, es un bebedor social.

Planteamiento Nosológico:

- Debut de Esquizofrenia Paranoide: se plantea porque el paciente presenta alucinaciones auditivas, pseudoalucinaciones e ideas de influencia y referencia, lo cual comenzó hace 3 meses.
- Tabaquismo: se plantea por lo descrito anteriormente en Planteamiento Sindrómico.

Diagnóstico Diferencial:

- Esquizofrenia Heberfrénica: se plantea por los antecedentes de personalidad desorganizada. Se descarta por no presentar disgregación, afectividad eufórica, puerilidad y sin afectación de la escala de valores.
- Esquizofrenia Simple: se plantea porque se encuentran afectados los intereses y se aprecia tendencia al aislamiento. Se descarta por presentar un factor social desencadenante, no presenta apatía ni abulia y presenta trastornos sensoriales e ideas delirantes.
- Esquizofrenia catatónica: se plantea por presentar trastorno motor (disquinesia). Se descarta ya que no se presentan en asociación con alteraciones en la consciencia, el afecto y el pensamiento y no es la disquinesia su alteración más frecuente.
- Esquizofrenia residual: se plantea por presentar los síntomas. Se descarta porque el paciente no los presenta a baja intensidad.
- Drogodependencia: Se plantea porque puede provocar los mismos síntomas. Se descarta ya que el paciente no ingiere ningún tipo de drogas.

Evolución:

Una vez realizado el diagnóstico, se comenzó el tratamiento curativo psiquiátrico. Primeramente, la Cura de Sueño por vía endovenosa (Haloperidol 5 mg c/8h por 3 días, Diazepam 10 mg c/8 h por 3 días y Benadrilina 20 mg c/8 h por 3 días). Luego de las 72 horas se pasó a vía oral el tratamiento con Haloperidol (5mg) 3 veces al día, Trifluoperacina (5mg) 3 veces al día, Parkinsonil (2 mg) 3 veces al día y Benadrilina (20 mg) 1 tableta antes de dormir. El paciente evolucionó satisfactoriamente con esta modalidad de tratamiento, por tal motivo se decide su alta hospitalaria con seguimiento por su área de salud y reconsultas con especialistas. Hasta el momento se ha logrado la consistencia en el tratamiento medicamentoso y se encuentra vinculado laboralmente, evitando horarios laborales que interrumpan las horas de sueño, así como actividades con grandes tensiones y responsabilidades.

Referencias Bibliográficas

- 1) Mancuso F, Horan WP, Kern RS, et al. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res.* 2011 Feb;125(2-3):143-51.
- 2) Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "just the facts". Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res.* 2011 Abr;127(1-3):3-13.
- 3) Zaytseva Y, Burova V, Garakh Z, et al. Attributional style in first episode of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with and without paranoid ideation. *Psychiatric Danub.* 2013 Sep 25;(Suppl 2):S329-31.
- 4) Nuñez Copo AC, Frometa Montoya C, Hechevarria Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud "28 de septiembre". *RevCubanaMed Gen Integr [Internet].* 2013.
- 5) Aviles Castellano GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. *Medisan [Internet].* 2014
- 6) González Menéndez R. *Clínica Psiquiátrica Básica Actual.* 1ª ed. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1998.
- 7) Ginarte Arias Y, Rivero Fernández T, Aguilera Reyes ML. Evaluación neuropsicológica en pacientes esquizofrénicos. *RevHosp Psiquiátrico de la Habana [Internet].* 2016.
- 8) Christodoulou NG. Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *PsychotherapyPsychosomatic [Internet].* 2013.
- 9) Verhoeven WM, Egger JI, Hovens JE, et al. Kallmann syndrome and paranoid schizophrenia: a rare combination. *BMJ Case Rep.* 2013 Jan 17.
- 10) OPS. Trastornos Mentales y del comportamiento. En: *Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. Volumen [Internet].* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
- 11) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5[Internet]. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- 12) Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos

graves. Proyecto "Monitor". Generalitat de Catalunya. Barcelona:
Departamento de
Salud; 2014.

- 13) Gallach E. Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2011 [citado 01 Oct 2016];15:73.